

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hélène-Claire COLIN-LETAILLEUR

Née le 16 juin 1902 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

LE

CHANCRE CUTANÉ TUBERCULEUX

PAR PRIMO-INFECTION

CHEZ L'ENFANT

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAUTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (Fernand). . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM	MM.
ABRAMI . . . Clinique médicale.	CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . . Clinique médicale.	HEITZ BOYER Clinique chirurgicale.
DEBRE . . . Clinique médicale.	MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . . Clinique médicale.	MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
FIESSINGER . Clinique médicale.	PROUST . . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.	SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.
LERI Clinique médicale.	LE LORIER . . Clinique obstétricale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
BASSET . . . Clinique chirurgicale.	METZGER . . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Auprès de qui nous avons toujours
trouvé l'accueil le plus bienveillant ;
en le priant d'agréer l'expression
de notre reconnaissance profonde.*

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur agrégé J. HUTINEL

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré ce travail et a
bien voulu nous guider pendant
toutes nos études médicales.*

*Témoignage de notre bien vive grati-
tude et de notre sincère attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- M. le Professeur ACHARD, médecin de l'Hôpital Cochin.
M. le Professeur HARTMANN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
M. le Professeur agrégé AUVRAY, chirurgien de l'Hôpital Laënnec.

Externat

- M. le Docteur BAUMGARTNER, chirurgien de La Charité.
M. le Professeur BRINDEAU, accoucheur de la Clinique Tarnier.
M. le Docteur PAPILLON, médecin de l'Hôpital Trousseau.
M. le Professeur BEZANÇON, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
M. le Professeur agrégé J. HUTINEL, médecin des Hôpitaux.

- A M. le Professeur agrégé MOREAU, médecin des Hôpitaux.
A MM. les Docteurs HUC, BRAUN.

INTRODUCTION

Les primo-infections cutanées tuberculeuses se voient beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Les cas en sont cependant peu nombreux : « de tous les organes du corps humain la peau est celui qui offre les conditions les moins favorables à la fixation, à la pénétration, à la multiplication des bacilles » (Calmette).

Le *chancre d'inoculation* apparaît comme une lésion particulièrement intéressante à étudier du point de vue de la pathologie générale car il met sous les yeux au niveau de la peau un processus morbide sans doute comparable à celui par lequel se fait habituellement au sein du parenchyme pulmonaire l'inoculation de la tuberculose humaine.

D'autre part il survient dans l'énorme majorité des cas chez l'enfant dont l'organisme est vierge de tuberculose et chez lequel on va voir consécutivement se développer les réactions allergiques.

Là, comme dans toutes les tuberculoses infantiles, intervient le rôle étiologique des semeurs de bacilles au contact desquels se multiplient les chances d'inoculation encore qu'une porte d'entrée soit nécessaire au

B. — Les recherches expérimentales ont montré d'autre part quels étaient les facteurs inhérents au bacille de Koch eux-mêmes dont dépendait la réaction morbide.

a) La quantité de bacilles joue un rôle certain.

Podwissotzkaya et Linnikowa dans leurs recherches sur la « capacité de résistance de la peau au point de vue expérimental contre le bacille tuberculeux » sont arrivés aux conclusions suivantes. Ils ont effectué des frictions de la peau des cobayes avec des produits tuberculeux plus ou moins riches. En usant de petites quantités de bacille de Koch la peau ne subit aucune modification, l'emploi de doses plus forte détermine l'apparition de nodules accompagnés d'une adénite régionale, les doses massives provoquent des ulcérations avec une grosse réaction ganglionnaire et finalement une généralisation tuberculeuse. Ces constatations sont en accord avec les idées générales que nous avons entendu émettre par le Pr Jadossohn sur les rapports existants entre la quantité de bacilles et le processus histopathologique.

b) La qualité du produit pathologique servant à l'inoculation a aussi son importance. Oumansky, dans sa thèse, a montré qu'il existait des souches de bacilles tuberculeux de virulence plus ou moins grande déterminant des réactions différentes et les recherches d'Arloing ont mis en évidence le rôle favorisant des pyogènes associés au bacille de Koch.

En définitive la lésion produite aura les caractères généraux que nous décrirons plus loin et qui définissent

le chancre tuberculeux, mais on peut dire que la tendance ulcéralive sera d'autant plus marquée que le matériel expérimental contiendra des bacilles nombreux, virulents, associés à des microbes banaux.

Cependant il semble que le chancre puisse ne pas apparaître toujours fatalement. Courmont et Lesieur, Karl Fraenckel ont vu que parfois pouvait s'effectuer le passage des bacilles sans que ceux-ci ne laissent localement une trace ou une réaction ganglionnaire régionale.

Et cependant le virus s'est localisé au poumon ou a déterminé une infection généralisée.

II. — Étiologie

Schématiquement on peut diviser en trois groupes les cas d'inoculation primitives de la peau.

1° *Après un traumatisme.*

a) Le traumatisme a pu être provoqué.

Ainsi c'est après les circoncisions rituelles accompagnées de succion que l'on a observé le plus fréquemment des chancres cutanés d'inoculation.

Des cas très nombreux en ont été rapportés par Essenberg, Lehman, Eve, Meyer, Holt, Wolf, Chantaloup, Fedder, Zarubin, etc.

Combe a vu la minime blessure d'une perforation d'un lobule de l'oreille servir de porte d'entrée.

Chez l'enfant de Chancellor il s'agissait d'une morsure faite par une nourrice tuberculeuse.

Wahl a vu un chancre d'inoculation apparaître sur un moignon d'amputation à l'avant-bras qui avait été le siège d'un phlegmon post-traumatique.

b) Dans d'autres cas le traumatisme a été accidentel.

L'enfant vu par Deneke s'était blessé avec un fragment de crachoir ; celui qui fut soigné par Fernbach s'était inoculé la grande lèvre au niveau d'une plaie qu'elle s'était faite en tombant sur un parquet souillé par les crachats d'un tuberculeux.

Wahlgren a traité un enfant qui s'était blessé au pied avec un tesson de bouteille.

Enfin récemment J. Buckanan et Norman Cruickshank ont rapporté l'observation d'une inoculation au doigt après coupure par fragment de verre.

2° Après une infection banale.

Dans un deuxième groupe se placent les cas où le bacille tuberculeux peut pénétrer grâce à une effraction de l'épiderme provoquée par une infection banale. Il s'agit habituellement d'une pyodermite.

Chez un malade de Combe, il s'agissait d'une « croûte de lait » et chez un autre d'un élément de pyodermite.

Dans le cas de Dielt et récemment de Hallé le chancre se greffa sur un impétigo. Et notre observation personnelle a également trait à un tel mode d'inoculation.

3° Porte d'entrée passée inaperçue.

Il est des cas où l'on n'a pas pu préciser qu'elle avait été la lésion occasionnelle. L'enfant vu par Péhu et Dufour s'inocula vraisemblablement la région du sourcil parce qu'il avait l'habitude de frotter son front contre

le corsage d'une nourrice phlysiqne. Ce mode d'infection a été, nous l'avons vu, réalisé en quelque sorte expérimentalement.

Léon Bernard, Lelong et Lamy n'ont pas eu dans leur observation la notion d'une porte d'entrée quelconque, ni Milian et Delarue qui rapportent l'histoire d'un jeune enfant âgé de 7 mois qui fit un chancre primitif au pavillon de l'oreille gauche.

Rapprochons de ces modes de tuberculisation les inoculations par voie oculaire dont Rist et Chaillous, Pélissier et Valtis ont récemment rapporté deux cas.

Enfin la question de la vaccine a fait l'objet de plusieurs recherches et Josserand a montré que la contamination n'était pas à craindre par cette voie (Josserand, Bollinger, Nieper, Chauveau et Josserand. Strauss).

ÉTUDE CLINIQUE

Incubation

Il est le plus souvent difficile de préciser la durée de l'incubation du chancre d'inoculation cutané. En effet il peut arriver qu'un traumatisme minime ouvrant la barrière épidermique ait passé inaperçu. D'autres fois l'inoculation n'est pas contemporaine du traumatisme. Il peut se produire secondairement avant la cicatrisation de la plaie cutanée.

Enfin la tuberculose se greffant sur une lésion d'impétigo, d'eczéma ou de pyodermite par exemple, ses signes de début seront masqués par ceux de la dermatose primitive.

On ne pourra donc établir exactement la durée de la période d'incubation que lorsque le traumatisme, porte d'entrée, et l'inoculation se produiront simultanément. Tels sont les cas de Dencke (4 mois), Bock (6 semaines), Tcherning (14 jours) ; tels sont les observations des circoncisions qui ont la valeur d'une inoculation expérimentale et qui ont permis à leurs auteurs d'établir des statistiques.

Pour Lehman, qui a réuni dix cas d'inoculation par un même rabbin qui mourut de tuberculose cavitaire la durée serait de 8 à 12 jours ; pour Zarubin de 3 semaines environ et pour Eve de 2 mois $1/2$.

En somme cette incubation apparaît comme variable oscillant entre 8 jours et 2 mois et plus avec une moyenne de 12 à 14 jours. Ces constatations sont d'ailleurs en accord avec celles qui ont été faites par Debré, Paraf et Dautrebande en ce qui concerne l'inoculation de la primo-infection tuberculeuse pulmonaire.

Le chancre tuberculeux.

Il est rarement vu à son début. Il se présenterait sous la forme d'une pustulette acnéiforme, d'une simple érosion de l'épiderme, mais lorsqu'il a évolué depuis quelques jours il possède un certain nombre de caractères qui évoquent l'idée d'une lésion tuberculeuse (ulcère primitif tuberculeux de Darier). Sa forme est arrondie ou ovale, ses dimensions variables, habituellement celles d'une pièce de monnaie. Les bords ont une couleur violacée cyanotique ; ils sont minces et décollés. Le fond est violacé ou jaune cuivré ; il est peu profond, lisse, légèrement papillomateux et dans ce cas saigne facilement. Le pourtour est recouvert de petites squames blanches et sèches de type parakératosique. La base a été trouvée indurée (Darier), d'autres fois molle ou présentant une légère infiltration. La lésion est peu douloureuse au palper.

Tels sont schématiquement les caractères dermatologiques du chancre cutané. Il va sans dire que sa texture

fondamentale peut être modifiée suivant les conditions de son apparition sur une plaie ou sur une lésion inflammatoire banale de la peau comme nous l'avons observé chez l'enfant dont nous rapportons l'observation.

L'adénopathie.

Elle est le second élément morbide du « complexe primaire ». Elle ne manque jamais.

Elle siège habituellement dans le territoire lymphatique correspondant au chancre mais elle pourrait être à distance de ce dernier (Stokes). Débutant quelques jours après le chancre par l'augmentation de volume d'un seul ganglion, elle se transforme rapidement en une polyadénite qui présente les caractères habituels et successifs des tuberculoses ganglionnaires. Il s'agit d'abord d'une masse pouvant faire voussure sous la peau normale et constituée par un paquet de ganglions agglomérés durs, bosselés, plus ou moins englobés dans de la périadénite, mais libre sous la peau et ne présentant pas d'adhérence à la profondeur. On n'y détermine aucune douleur provoquée.

L'apparition du chancre et de son adénopathie satellite n'entraîne pas une altération notable de l'état général. L'apyrexie est souvent absolue et l'amaigrissement peu important. Il s'agit en somme à cette période d'une tuberculose locale et solitaire.

Formes cliniques

Le chancre ne se présente pas toujours avec les caractères schématiques que nous venons de lui attribuer et son aspect peut dépendre du mode d'inoculation et de son siège.

1° Suivant le mode d'inoculation.

CIRCONCISION : La lésion tuberculeuse apparaît sur le prépuce cicatrisé ou non sous forme de petites tumeurs irrégulières, grisâtres, qui s'étendent peu à peu à toute la surface cruentée (Lehman).

PLAIES : Elle ne présente pas l'aspect habituel d'une plaie infectée. Elle n'est pas le siège d'une suppuration franche ni de phénomènes inflammatoires aigus, mais elle est violacée, suintante, entourée de lésions parakératosique et n'a aucune tendance à se cicatriser (Wahlgren).

INFECTION : C'est par exemple une lésion furonculaire excoriée qui a pu être le siège d'une flambée inflammatoire dont la réparation ne se fait pas même après évacuation de pus. Elle prend l'aspect d'une ulcération violacée, à bords décollés, suintante.

L'infection staphylococcique a pu d'autre part déterminer l'abcédation d'une adénite régionale et ici encore après l'ouverture spontanée ou chirurgicale la fermeture ne s'effectue pas. Il persiste une fistule déprimée, violacée, laissant sourdre une sérosité séro-grumeleuse.

Dans le cas où le chancre n'aurait pas été dépisté au niveau d'une plaie d'apparence bénigne il faudra se mé-

fier d'une adénopathie non douloureuse se développant ultérieurement dans le territoire lymphatique correspondant (Stokes).

2° Suivant le siège.

Une inoculation très spéciale est celle qui se produit au niveau de l'œil soit que l'inoculation ait lieu sans lésion préalable de la cornée (Rist et Chaillous), soit qu'elle ait été consécutive à une blessure du globe oculaire.

En tous les cas le diagnostic porté peut être celui de conjonctivite ou de kératite mais il faut noter que cette kérato-conjonctivite dure longtemps et surtout qu'elle s'accompagne d'une adénopathie préauriculaire correspondante ayant les caractères des adénites bacillaires.

Evolution

Localement le chancre va présenter l'évolution générale des ulcérations tuberculeuses dont la cicatrisation s'effectue lentement, progressivement, tardivement. Pendant plusieurs semaines la lésion est humide, suintante. Si une croûte se forme, elle ne recouvre pas un processus d'épidermisation. Parfois l'aspect est végétant et la surface est légèrement papillomateuse. Ses lésions squameuses périphériques ont également tendance à se reproduire. Ce n'est que peu à peu, après plusieurs mois, que les bords se recollent et que l'ulcération se ferme. Il persiste alors une cicatrice violacée souple, à surface très légèrement squameuse, au niveau de laquelle

des granulations peuvent être encore visibles, rappelant le lupus folliculaire de Schaumann.

Parallèlement évolue l'adénopathie. On peut dire que si l'extirpation n'a pas été faite comme dans le cas de James Buchanan et J. Norman Cruickshank ou dans le cas de Wahlgren la suppuration est inévitable. L'adénite forme une masse bosselée dans laquelle on peut alors reconnaître les zones fluctuantes. Et au niveau d'une peau violacée, amincie, s'ouvre une fistule d'où s'échappe du pus grumeleux.

Cette suppuration des ganglions se produit habituellement deux à trois mois après le début du chancre. Elle peut se prolonger pendant des mois et même des années. « Le foyer primitif, dit Stokes, peut être à l'origine d'une adénopathie se reproduisant malgré drainage, curettage et excision ».

Une fois la fistule ganglionnaire fermée, elle est d'abord recouverte d'une légère croûte qui tombe par la suite et laisse une cicatrice légèrement déprimée d'aspect violacé. Cette cicatrisation peut être extrêmement tardive. Dans le cas de Léon Bernard, elle était incomplète au bout de cinq mois, au moment où l'enfant fut emporté par une broncho-pneumonie d'apparence banale. Dans le cas de Péhu et Dufour, la suppuration ganglionnaire persista pendant deux ans et se termina cependant par la guérison. Fedder, Schick, Ferbach ont noté également dans leurs observations la longue durée de la suppuration ganglionnaire.

Quant à l'état général, il semble fléchir surtout au moment de la suppuration ganglionnaire. Il peut exis-

ter un état subfébrile, l'appétit est diminué, il y a des troubles digestifs et un amaigrissement variable mais constant.

Ces troubles généraux sont d'ailleurs en partie liés à l'extension de la tuberculose. L'envahissement du système lymphatique peut dépasser le territoire correspondant au chancre et même atteindre les ganglions trachéo-bronchiques. Ainsi dans l'observation de Lesné, l'enfant portant une ulcération de primo-infection de la région cervicale inférieure accompagnée d'adénopathie carotidienne présentait en même temps des signes de bronchite péri-hilaire bilatérale avec, à l'examen radiographique, une volumineuse ombre de ganglions trachéo-bronchiques. Mais il est vraisemblable que la prise des ganglions médiastinaux est sous la dépendance du siège même du chancre cutané et de sa propagation lymphatique.

Cependant l'infection peut guérir comme dans le cas que nous venons de citer alors même que le complexe primaire, chancre et ganglions satellites, s'est lui-même compliqué de métastases à distance.

Les cas de mort sont surtout le fait de typho-bacillose, granulie, méningite tuberculeuse. Lehman a observé 5 méningites tuberculeuses sur les 10 cas de primo-inoculation après circoncision. Ernst Wolff a pu établir une statistique portant sur 58 enfants circoncis et inoculés : 46 d'entre eux ont été suivis jusqu'à la fin de la première année. A ce moment 27 d'entre eux étaient vivants mais 19 étaient morts. 8 autres furent observés jusqu'à 6 ans ; à cet âge 5 étaient vivants, 3 étaient morts,

En tout cas autant que l'on puisse en juger par les observations relativement peu nombreuses dont beaucoup sont sans valeur parce qu'on ne possède pas l'épreuve du temps on peut considérer que le pronostic général est fondé sur le pourcentage 50 % de morts, 50 % de guérison.

DIAGNOSTIC

La rareté du chancre d'inoculation tuberculeuse fait que son diagnostic peut être délicat car avant d'être posé d'une façon certaine il y aura lieu parfois de discuter celui d'affections plus fréquentes.

C'est ainsi qu'on éliminera les pyodermites à germes banaux : un furoncle avec sa réaction inflammatoire douloureuse et son évolution rapide ; l'ecthyma plus croûteux, plus térébrant ; un impétigo beaucoup plus diffus.

Il existe chez l'enfant une forme d'abcès froid unique à pyocoques qui pourrait prendre après son ouverture l'aspect d'une ulcération tuberculeuse, mais cette ulcération a été consécutive à la fistulisation d'une collection suppurée sous-cutanée.

Le problème diagnostique peut-être beaucoup plus complexe, quand l'inoculation tuberculeuse s'est produite au lieu même de lésions inflammatoires banales. C'est ainsi que dans notre observation le tableau évolutif aussi bien de la lésion cutanée que de l'adénopathie satellite a été celui d'un furoncle compliqué d'adénite suppurée. C'est ainsi que le malade de Hallé avait d'abord été soi-

gné pour des lésions d'impétigo rapidement améliorées par le traitement et dont il n'avait persisté sur la région temporo-maxillaire qu'une petite ulcération rouge vif qui avait résisté à la même thérapeutique. Il s'agissait là d'une lésion proprement tuberculeuse accompagnée d'ailleurs d'un engorgement du ganglion prétargien et des ganglions carotidiens supérieurs ; c'est donc l'évolution lente, torpide qui dans ces cas attire l'attention et éveille l'idée d'une tuberculose cutanée.

Le chancre tuberculeux présente souvent un aspect érosif rappelant celui du syphilome primaire d'autant qu'est constante dans les deux cas l'adénopathie régionale. Mais les bords de la lésion tuberculeuse sont légèrement décollés, la couleur est violacée, la base peu ou pas indurée, l'adénopathie ne ressemble pas à la pléiade ganglionnaire sans péri-adénite du chancre syphilitique. En cas de doute on devra recourir à la recherche ultramicroscopique des tréponèmes.

La gomme syphilitique ouverte est circonée ou polycyclique. Les bords sont taillés à pic, son fond bourbilloeux et l'adénopathie satellite absente.

Le chancre d'inoculation sporotrichosique est suivi d'une traînée lymphangitique et d'une réaction ganglionnaire. Le diagnostic s'appuie sur l'aspect mixte du chancre sporotrichosique à la fois végétant et suintant ou verruqueux et sec, sur la fréquence des auto-inoculations environnantes sous forme d'abcès folliculaires, sur l'amélioration rapide par l'iodure.

Lorsque la lésion cutanée a passé inaperçue et que l'on se trouve seulement en présence d'une lésion gan-

glionnaire froide localisée à la région inguinale on devra éliminer le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre qui ne serait pas exceptionnelle chez l'enfant. Mais l'évolution locale en est bien différente car dans la lymphogranulomatose se forme de multiples abcès parcellaires indépendants les uns des autres alors que le ganglion tuberculeux suppure en masse.

Le diagnostic peut être confirmé par les recherches biologiques qu'il est en usage de pratiquer quand il peut s'agir de tuberculose.

Le frottis au niveau de la lésion cutanée et l'examen direct a été très inconstamment pratiqué : tout au moins les résultats n'en ont pas été communiqués. Hallé y a vu des staphylocoques mais pas de bacilles de Koch.

Par contre la biopsie fournit du double point de vue histo-pathologique et bactériologique la preuve de la nature bacillaire de cette affection. Voici les résultats de l'examen pratiqué par Wahlgren : L'épiderme montre presque au milieu de la préparation une large brèche. Celle-ci est comblée par un tissu de granulation jeune, très riche en leucocytes dont de nombreux éosinophiles. Ailleurs il n'y a pas de modifications notables dans l'aspect de l'épiderme. Par contre le chorion et le tissu sous-cutané sont le siège d'un processus d'inflammation chronique avec formation d'un tissu sans caractère spécifique. Mais par ci, par là on trouve des parties nécrosées assez grosses et irrégulières à l'intérieur desquelles se voient de nombreux noyaux. Elles sont entourées d'une zone auréolaire de cellules épithéliales parmi lesquelles on distingue des cellules géantes du

type Langhans. Dans le voisinage des plages nécrosées de petits amas de cellules épithélioïdes au centre desquelles sont deux ou trois cellules géantes du type Langhans. Dans le tissu de nécrose on peut mettre en évidence des bacilles alcool et acido-résistants de la grosseur et de la forme des bacilles tuberculeux.

Les examens biopsiques pratiqués chez les enfants qui font l'objet des observations de Hallé et de Lesné ont donné des résultats comparables.

La recherche directe des bacilles de Koch dans le pus retiré par ponction du ganglion abcédé se montre positive dans tous les cas.

A la biopsie du ganglion l'aspect histologique est celui de toute adénite tuberculeuse avec de vastes plages nécrosées, des cellules géantes de type Langhans et des bacilles acido-résistants (Whalgren).

L'inoculation au cobaye du pus ganglionnaire a été pratiquée quelques fois. Elle se montre constamment positive ; toutefois il y a lieu de remarquer que cette inoculation n'est pas suivie fatalement d'une généralisation tuberculeuse et c'est ce qui s'est produit chez l'animal inoculé de notre observation que l'on a dû sacrifier pour trouver des lésions ganglionnaires tuberculeuses. Il semble, fait sur lequel Oumansky insiste dans sa thèse, qu'il existe chez le cobaye des adénites d'inoculation curables produites par des bacilles tuberculeux de virulence atténuée. En fait chez notre petit malade l'évolution a été favorable et sans doute peut-on admettre que la non généralisation chez le cobaye inoculé soit facteur de bon pronostic.

La cuti-réaction à la tuberculine est toujours positive. La période antéallergique dure suivant les auteurs de 12 jours à un mois (Léon Bernard, Hallé). Fait remarquable, elle se montre particulièrement forte ; la réaction est précoce ; il se forme une macule de grande dimension (pièce de 2 fr.) en forme de carte de géographie et parfois surmontée d'une vésicule. Ce fait s'accorde avec toutes les constatations relatives à l'intensité de la cuti-réaction dans toutes les tuberculoses cutanées qui s'accompagnent d'un état allergique très prononcé.

L'intradermo-réaction a donné des résultats comparables quand elle a été pratiquée.

Ces réactions biologiques permettent donc d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion. Il reste dans certains cas à préciser le diagnostic en distinguant la lésion de primo-infection d'une autre forme de tuberculose cutanée : la tuberculose verruqueuse.

Le diagnostic peut en être difficile, car il existe des chancres d'inoculation tel celui décrit par Milian et Delarue qui affectent l'aspect d'une lésion verruqueuse et Comby a pu citer 5 cas où la primo infection n'a pu être affirmée.

Mais une différence fondamentale sépare les deux lésions : l'une se développe sur un organisme vierge, l'autre est un accident de surinfection et c'est ainsi que cliniquement se trouve vérifié le phénomène de Koch : le chancre tuberculeux s'accompagne constamment d'une adénite satellite, la tuberculose verruqueuse ne provoque pas d'adénopathie. Une adénopathie tuberculeuse satellite d'une lésion cutanée en indique la nature primaire.

REMARQUES SUR LA PATHOGENIE

Comme le montrent les études expérimentales et les observations cliniques, l'inoculation cutanée de la tuberculose se conforme aux lois générales de l'infection bacillaire.

En effet quels que soient les tissus, ils réagissent au point de pénétration ou à son voisinage constamment par des lésions spécifiques.

L'aspect de la lésion comme nous l'avons vu est seulement modifié par la quantité plus ou moins grande de bacilles, par leur degré de virulence ou leur association avec des agents pyogènes.

Pratiquement la loi de Parrot se trouve vérifiée et dans les faits cliniques l'adénopathie accompagne fatalement la lésion cutanée. En se basant sur les recherches expérimentales on peut cependant admettre la restriction de Marfan et le bacille peut traverser la peau sans laisser de traces et même déterminer une généralisation.

Ainsi il semble que l'on puisse comparer les chancres pulmonaires et cutanés en tenant compte toutefois de la différence des tissus où se développe le foyer tuberculeux. De plus il faut noter qu'à la peau l'infection secon-

daire à toute chance de se produire, ce qui expliquerait que le chancre ne « subit pas sur place l'évolution régressive qui caractérise la tuberculose ». Le processus ulcératif est la règle et la suppuration ganglionnaire constante.

Dans le poumon, au contraire, il est exceptionnel que le noyau pulmonaire se ramollisse et finisse par déverser son contenu purulent dans une bronche. Par contre la lésion ganglionnaire peut suppurier plus souvent.

A l'heure actuelle la similitude des primo-inoculations pulmonaires et cutanées ne saurait cependant être défendue avec une rigueur absolue. Certains auteurs pensent que la pénétration des bacilles par la voie aérienne ne se ferait pas aussi schématiquement qu'on l'a cru en déterminant un « accident primaire » comparable par exemple à celui de la syphilis. Les lésions pourraient être beaucoup plus diffuses et le « chancre » mal individualisé.

TRAITEMENT

Parmi les traitements appliqués au chancre tuberculeux aucun ne paraît avoir sur les autres une efficacité manifestement plus grande et à la lecture des observations il apparaît que les auteurs ont agi plus selon leur inspiration qu'en obéissant à des règles thérapeutiques bien établies.

La tuberculinothérapie a été employée par Chantaloup qui dit en avoir obtenu une amélioration du tuberculome cutané, mais le traitement le plus souvent préconisé a été l'association des interventions destructives locales à la cure reconstituante générale.

Sur le chancre lui-même Fernbach conseille l'excision totale, Hallé et Garnier ont essayé le grattage aussi complet que possible à la curette de Vidal, intervention qui, dans le cas qu'ils rapportent, n'a donné aucun résultat favorable.

Rist préconise la galvano-cautérisation.

D'autres auteurs ont recours à la radiothérapie qu'ils associent à des interventions sur l'adénopathie.

Wolff conseille la ponction du ganglion avec injection de glycérine iodoformée.

Léon Bernard pratique le drainage filiforme.

Stokes constate que l'application de Rayons X sur les ganglions ne donne aucun effet sur le chancre. Il considère comme le meilleur traitement l'exérèse du foyer primaire et des ganglions en faisant suivre l'opération d'applications de radium de préférence aux Rayons X. Il y ajoute l'administration fréquente et prolongée de petites doses de novarsénobenzol.

Tous ces traitements locaux doivent comme pour toute tuberculose cutanée ainsi qu'y a insisté Gougerot être associés à un traitement général. Il faut mettre l'enfant au repos complet dans de bonnes conditions climatiques (montagne : altitude moyenne), le soumettre à l'héliothérapie (Schick) ou à son défaut à des séances répétées et fréquentes de R. U. V. On lui appliquera la médication reconstituante telle que : huile de foie de morue, sels calciques, huiles vitaminées et composés arséno-iodés ..

OBSERVATIONS

(*Observation personnelle*) (1).

L'enfant *P... H.*, 4 ans et demi, nous est conduit le 2 août 1929, pour une adénite inguinale datant de 2 mois.

Au début de juin est apparu à la face postérieure de la cuisse gauche un élément cutané d'aspect furonculaire, que l'enfant a gratté et qui s'est ulcéré ; il s'est mis à suppurer pendant plusieurs semaines et ce n'est qu'à la longue, après applications répétées de pansements humides, que la cicatrisation s'est effectuée.

Quelques jours après le début de cette lésion cutanée est apparue une adénite inguinale gauche à évolution aiguë d'aspect inflammatoire, rouge, douloureuse et chaude s'accompagnant de fièvre. Plusieurs ganglions étaient pris ; ils se ramollirent rapidement si bien que le chirurgien, consulté à cette époque, décida de les ouvrir. Par les deux incisions effectuées s'écoula un pus abondant, jaunâtre, épais et crémeux. On pensa alors

(1) HUTINEL, MARGERIDON, Mme COLIN : *Primo-inoculation tuberculeuse cutanée et adénite suppurée inguinale bacillifère* (Société de Pédiatrie, juin 1930).

que la fermeture serait rapide, mais on vit persister l'écoulement de pus qui devint plus fluide, séreux et citrin et la poche purulente se fistulisa à la peau par deux trajets.

En même temps, l'état général devint moins bon. L'enfant cessa de se développer. Il devint grognon, craintif, sa timidité naturelle augmenta. On doit le forcer à s'alimenter et il rejette souvent son repas.

Localement, l'adénite suppurée fut traitée par des pansements humides à l'alcool et l'enfant fut soumis chaque jour à une séance d'héliothérapie.

Ainsi se passent les mois de juin et juillet 1929 et c'est dans cet état que l'enfant nous est amené le 2 août 1929.

A ce moment, l'enfant, normalement constitué, paraît encore en assez bon état de santé. L'examen général ne révèle rien d'anormal. L'appareil respiratoire est indemne. Il n'y a aucune anomalie osseuse ou articulaire.

Localement, dans la région inguinale gauche, on constate deux fistulettes auréolées d'une couronne inflammatoire, par où s'écoule un liquide peu abondant, séreux et citrin. L'adénite sous-jacente forme une masse adhérente à la peau, de consistance uniforme, mais dans laquelle la palpation permet d'isoler plusieurs ganglions. On ne sent pas d'adénite profonde dans la fosse iliaque correspondante.

A la face postérieure de la cuisse gauche, on voit la cicatrice de la lésion cutanée primitive. Elle est arrondie, nummulaire, violacée, souple, sans réaction inflam-

matoire de voisinage. Sa surface est très légèrement squameuse.

Nous n'avons retrouvé chez notre malade aucun antécédent héréditaire notable ; on nous a signalé une spécificité probable chez un grand-père maternel mort vraisemblablement de P. G. Mise à part une scarlatine, l'enfant a toujours eu une excellente santé.

Le 2 août, on pratique une *cuti-réaction à la tuberculine* ; 48 heures après, elle se montre *très fortement positive*.

Le 5 août, on prélève de la sérosité issue des ganglions inguinaux et on l'injecte à la cuisse gauche d'un cobaye. Celui-ci est examiné le 17 septembre. Son état est apparemment normal, il a conservé l'appétit et augmenté de poids pendant les 6 semaines qui ont suivi l'inoculation. Cependant, on le sacrifie et à l'autopsie on découvre une polyadénite inguinale gauche ; un ganglion est prélevé et incisé ; il contient un pus jaunâtre, épais, dans lequel on trouve à l'*examen direct des B. K.* Les surrénales sont légèrement augmentées de volume par ailleurs.

A cette date (17 septembre), l'état de l'enfant n'a pas changé. Une radiographie thoracique est pratiquée et ne révèle aucune lésion pulmonaire.

On soumet l'enfant à un traitement de rayons U-V. et I-R. (30 séances).

Il est examiné à nouveau le 26 décembre. Son état général est sensiblement amélioré, l'appétit et la bonne humeur sont revenus. Localement, la suppuration in-

guinale est tarie, l'orifice des fistulettes fermé et recouvert d'une légère croûte.

L'enfant est envoyé à la montagne le 28 décembre. Nous l'avons revu à son retour le 19 mai 1930 en parfait état.

Obs. II (Léon BERNARD, Marcel LELONG et Maurice LAMY).

L'enfant Dur..., âgée de dix mois, entre le 31 août 1928 à la crèche de l'hôpital Laennec, en même temps que sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

À l'examen, nous constatons l'existence d'une ulcération siégeant sur la face antérieure du thorax, au devant du sternum, légèrement à gauche de la ligne médiane. Elle est ovalaire, à grand axe vertical ; ses dimensions sont de 8 millimètres sur 4. Les bords de l'ulcération sont minces, décollés et de coloration violacée, entourés d'une zone de desquamation. Il s'agit, à vrai dire, plutôt d'une érosion que d'une ulcération vraie.

Le fond est rosé, lisse, propre, sans suppuration, mais saignant facilement ; il n'est pas creusé ; il est presque végétant, papillomateux. La lésion repose sur une base non indurée, parfaitement souple, mobile sur les plans profonds.

Dans l'aisselle gauche, sur la face interne du creux, il existe un paquet ganglionnaire assez volumineux. Les ganglions agglomérés forment une masse dure, irrégulièrement bosselée, dont les dimensions atteignent celle d'une noix. Cette masse est indolore : elle est mobile sur les plans profonds et n'adhère pas à la peau dont l'épaisseur et la coloration sont normales.

Cette lésion, au dire de la mère, évolue depuis quinze jours environ. D'abord insignifiante, elle s'est agrandie en surface, mais sans creuser profondément, en même temps que s'accusait davantage la tuméfaction de l'aisselle.

Le reste de l'examen donne un résultat à peu près négatif.

Le poids de l'enfant est faible (7 kilogr. 300 à dix mois), mais on ne constate chez elle aucun autre symptôme anormal, sauf un léger chapelet costal et une rate palpable. L'apyrexie est complète et l'état général satisfaisant. L'image radiographique du thorax est normale. Une première cuti-réaction pratiquée à la fin de l'été est négative. Répétée huit jours plus tard, elle donne un résultat nettement négatif.

Dans la suite, la lésion subit les modifications suivantes : l'ulcération tend peu à peu à se cicatriser par bourgeonnement du fond et rapprochement des bords. La cicatrisation, au bout de deux mois, parut à peu près complète, le chancre initial n'étant plus représenté que par une zone déprimée, de coloration cuivrée et recouverte de fines squames. En fait, nous n'observâmes jamais une cicatrisation absolument complète et stable et nous notâmes toujours, après l'ablation des squames, la persistance d'une petite érosion rouge violacé, saignant facilement.

Les ganglions axillaires augmentèrent légèrement de volume, mais surtout se ramollirent assez rapidement. En même temps, la peau de la région s'amenuisait et perdait sa coloration rosée. Nous dûmes procéder à un drainage filiforme qui permit d'évacuer quelques centimètres cubes de pus grumeleux et mal lié. Une fistule s'établit consécutivement, sans tendance à l'obturation.

Au bout de cinq mois, à la fin de décembre 1927, la situation était la suivante : la cicatrisation de l'ulcération demeurerait incomplète, la fistule de l'aisselle persistait. D'autre part, l'état général de l'enfant continuait à être relativement satisfaisant : son poids était passé de 7 kg 300 à 8 kg 700. Il n'existait aucun autre signe anormal, pas de fièvre, aucun symptôme de localisation pulmonaire. Sur plusieurs clichés radiographiques, l'image thoracique était normale.

Au début du mois de janvier 1929 la mère était décédée. L'enfant fut reprise par son père. Nous avons su qu'à la fin

de janvier elle fut admise à l'hôpital Bretonneau et mourut dans le service de M^r le Dr Guillemot d'une broncho-pneumonie d'apparence banale. L'autopsie ne put être pratiquée.

Obs. III (J. HALLÉ et P. GARNIER).

L'enfant *R. Jean*, âgé de 12 mois, est amené à l'hôpital le 5 décembre 1929 parce que depuis quelque temps il a maigri, s'alimente difficilement et que personne ne peut s'occuper de lui au centre d'hébergement.

Il est amené par des voisins, la mère étant en prison à cette date. Nous ne savons rien du père.

A son entrée dans le service, l'enfant est dans un état de saleté extrême et présente des lésions très discrètes d'impétigo de la face. La cuti-réaction faite dès le premier jour est négative. L'examen de l'appareil respiratoire est négatif, le foie, la rate paraissent normaux ; l'enfant est pâle, petit et malingre, pesant seulement 8 kg. environ,

On le met en observation et l'on constate dans les premiers temps qu'il s'alimente relativement bien ; les selles sont normales ; il ne tousse pas, n'a pas de fièvre, restant à 37° matin et soir.

Les lésions d'impétigo s'améliorent rapidement, mais 15 jours après son entrée on constate dans la région temporo-malaire gauche l'apparition d'une lésion minime, d'une petite exulcération rouge vif, arrondie, mesurant 2 à 3 mm. de diamètre, recouverte d'une petite croûte.

L'ablation de cette croûte fait saigner la lésion ; le traitement appliqué pour l'impétigo reste absolument inactif et la lésion grandit.

A ce moment l'enfant fait un peu de fièvre, la température étant oscillante, 37° le matin, le soir 38°,5, pendant une huitaine de jours.

Pendant ce temps la lésion initiale s'accroît rapidement ; elle double de volume et ne cesse de s'étendre à un tel point qu'au début de janvier 1930 c'est une ulcération d'un centi-

mètre de diamètre environ, arrondie, de couleur rouge vif à fond violacé, peu profonde, cependant et gagnant beaucoup plus en surface qu'en profondeur.

Les bords sont assez nets, peu décollés, entourés d'une petite aréole inflammatoire.

La base de l'ulcération n'est pas indurée.

Fait capital, une adénopathie est apparue quelques jours après le début du chancre. Le ganglion prétragien surtout est pris, avec les ganglions carotidiens supérieurs. En trois semaines ces ganglions se sont ramollis, deviennent fluctuants, et permettent la ponction qui est pratiquée le 6 janvier.

Celle-ci donne du pus grumeleux, dans lequel on constate la présence de nombreux bacilles de Koch, tandis que dans le pus prélevé au niveau de l'ulcération, on trouvait seulement des staphylocoques.

Le diagnostic de chancre tuberculeux se trouvait donc confirmé.

La cuti-réaction, pratiquée à nouveau à ce moment, est cette fois positive.

Devant l'extension de la lésion, sa marche vers la paupière, un grattage très complet est fait à la curette de Vidal, sans chloroforme un fragment est gardé pour l'examen histologique.

Cette biopsie montre des lésions tuberculeuses absolument nettes avec cellules géantes typiques.

Ceci en date du 22 janvier.

A ce moment, loin d'avoir tendance à se cicatriser spontanément, le chancre grandit et s'étend vers la commissure palpébrale. Une conjonctivite apparaît.

D'autre part, la ponction exploratrice du ganglion prétragien a laissé une fistule qui laisse couler un peu de pus.

Enfin l'état général décline — le poids s'est abaissé d'un kilogramme depuis l'entrée, l'enfant ne pèse plus que 7 kilos.

Cependant il ne tousse pas, l'examen des poumons reste négatif, de même que l'examen général.

Depuis le 10 janvier l'enfant présente en plus un panaris périunguéal du pouce gauche qui met longtemps à guérir ; car l'enfant enlève constamment le pansement.

Obs. IV (LESNÉ).

Mlle A... est examinée pour la première fois en mai 1925, à l'âge de 13 mois, pour une ulcération suppurante de la région cervicale inférieure gauche. Cette ulcération a débuté 5 mois auparavant, c'est-à-dire à 8 mois ; les bords sont violacés, amincis et décollés, c'est cliniquement une ulcération tuberculeuse.

A 15 mois, une adénite suppurée de la région cervicale moyenne du même côté fut la signature de la primo-infection cutanée, de même que les adénites cervicales supérieures tuberculeuses indiquent une porte d'entrée buccale ou rhino-pharyngée si fréquente. L'enfant présente en même temps un peu de bronchite périhilaire bilatérale, elle a maigri, a du stridor et du cornage et des poussées fébriles.

L'examen radiographique du thorax décèle une volumineuse ombre hilaire et périhilaire droite sans rien d'apparent dans les champs pulmonaires, à distance du hile.

La nature tuberculeuse de ces lésions s'impose, du reste la cuti-réaction est phlycténulaire, une biopsie pratiquée au niveau de la plaie cervicale montre des follicules tuberculeux avec cellules géantes ; le pus de cette plaie renferme des bacilles de Koch à l'examen direct et le pus ganglionnaire inoculé au cobaye donne un résultat positif. Cette enfant dont les parents sont très bien portants avait été contaminée par une domestique atteinte de bacillose pulmonaire et qui avait vécu avec elle pendant un an.

Sous l'influence de la radiothérapie et du traitement général (cure de montagne, cure marine, héliothérapie, viande

crue) la petite malade s'est progressivement améliorée, elle ne tousse plus, n'a plus de fièvre, et à 6 ans elle pèse 20 kgr. 300. La radiographie ne montre plus que quelques ganglions calcifiés au niveau du hile.

Obs. V (résumé) (DIELT).

Il s'agit d'un enfant de 2 ans qui 8 semaines après une cuti-réaction négative présente une lésion de la peau du dos avec adénopathie correspondante. Cette lésion de la peau se présente à l'examen histologique comme une lésion tuberculeuse. D'ailleurs la cuti-réaction devient positive et l'auteur suppose qu'il s'agit là d'une lésion d'inoculation primaire de la tuberculose due probablement à l'infection d'une lésion d'impétigo par des bacilles tuberculeux. La mère était tuberculeuse.

Obs. VI (résumé). PÉHU et DUFOUR.

C'est le cas d'un nourrisson ayant présenté un chancre d'inoculation placé au-dessus du sourcil droit avec une adénopathie préauriculaire puis carotidienne qui suppura deux ans, puis parut s'éteindre en restant ainsi cantonnée au territoire lymphatique du cou où l'infection ganglionnaire laissa de nombreuses cicatrices cutanées. L'inoculation avait été dans ce cas la conséquence d'une habitude du bébé de frotter son front contre le corsage d'une domestique tuberculeuse.

Obs. VII (résumé). MILIAN et DELARUE.

Enfant E. Pierre, âgé de 7 mois, chancre tuberculeux du pavillon de l'oreille gauche. Aucun traumatisme local n'a été remarqué antérieurement à l'opposition de la lésion tuberculeuse. Les conditions de l'inoculation n'ont pu être précisées, sinon que l'enfant a pu être embrassé par deux personnes mortes ultérieurement de tuberculose pulmonaire. Le chancre s'est présenté sous forme d'une lésion de

1 centimètre de large sur un demi de haut, de couleur jaune cuivrée, recouverte de fines squames blanches et sèches, légèrement papillomateuse et infiltrée. Quatre semaines après, une adénopathie prétargienne était visible qui évolua vers la suppuration. L'inoculation de la sérosité ganglionnaire a été positive chez le cobaye et la cuti-réaction à la tuberculose s'est montrée positive trois mois après le début clinique.

Obs. VIII (résumé) WAHLGREN.

Enfant A. G. A. âgé de 7 ans, se blesse la plante du pied gauche en marchant sur une bouteille cassée qui paraît d'abord évoluer normalement, puis 15 jours après apparaît infectée et compliquée de lymphangite, avec formation ultérieure d'un abcès de voisinage qui doit être incisé. La plaie primitive ne se cicatrise pas; à son niveau les téguments sont infiltrés, on y voit des granulations molles. Par ailleurs, les ganglions se sont infectés. La cuti s'est montrée positive un mois et demi après le début de la maladie.

L'inoculation au cobaye du pus ganglionnaire a été positive. La biopsie au niveau de la plaie et des ganglions a montré des lésions tuberculeuses typiques avec présence de B. K. La lésion cutanée locale a été traitée par grattage et par des applications de R. U. V.

CONCLUSIONS

L'inoculation primitive de la tuberculose se traduit par un complexe morbide : un chancre au point de pénétration des bacilles, une adénite dans le territoire lymphatique correspondant.

Le chancre cutané tuberculeux s'observe le plus souvent chez l'enfant dont l'organisme n'a pas encore subi les modifications allergiques que détermine une atteinte tuberculeuse clinique ou cryptogénétique.

Les recherches expérimentales ont montré dans le déterminisme du chancre l'importance de l'effraction de la barrière épidermique, le rôle de la qualité et de la quantité des bacilles plus ou moins nombreux ou virulents et leur association à des microbes pyogènes.

Dans la tuberculose humaine c'est le traumatisme ou l'infection locale qui ouvre la peau au bacille et comme toujours les chancres de contamination pour l'enfant croissent singulièrement avec la fréquence des contacts qu'il peut avoir avec des sujets porteurs de tuberculose pulmonaire ouverte.

Le chancre tuberculeux est une lésion ulcéreuse

accompagnée d'une adénopathie suppurée ; sa forme clinique varie suivant les modalités d'inoculation.

Le chancre n'a pas de tendance à la cicatrisation spontanée, la généralisation est possible et les statistiques actuelles donnent le pourcentage de 50 % de morts, 50 % de guérison.

Le diagnostic du chancre tuberculeux repose essentiellement sur les réactions biologiques et les recherches de laboratoires spécifiques de la tuberculose. La cutiréaction est particulièrement forte : A la lésion cutanée correspond une allergie cutanée intense.

L'inoculation du pus ganglionnaire au cobaye est constamment positive.

Le traitement du chancre tuberculeux n'est pas univoque. Il tend à la destruction ou à l'extirpation des lésions et à l'exaltation des réactions de défense de l'organisme.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD,

Vu, le Président de la thèse,
BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER. — Des portes d'entrée de la tuberculose (*Gazette médicale de Paris*, 1888).

LÉON BERNARD, Marcel LELONG et Maurice LAMY. — Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez le nourrisson avec chancre d'inoculation à la peau (*Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp*, 2 décembre 1929).

J. BUCKANAN et J. NORMAN CRUICKSHANK. — The glasgow medical journal (juin 1930).

CALMETTE. — Les voies d'infection de la tuberculose (*Revue de la tuberculose*, 1918, n° 5).

CHAMPTALOUP. — Tuberculoses cutanées multiples après la circoncision (*Brit. med. Journal*, avril 1914).

COMBE. — La tuberculose du nourrisson (Paris, 1917).

CORDEY. — *Thèse Paris*, 1925.

COURCOUX. — L'infection tuberculeuse par l'œil (*Revue de la tuberculose*, 1929, p. 123).

COURMONT et LESIEUR. — L'inoculation transcutanée de la tuberculose (*Société de biologie*, 22 juin 1907).

CROS. — De la tuberculose viscérale généralisée consécutive au tubercule cutané (*Thèse Toulouse*, 1898 1899).

DANLOS. — Ulcère tuberculeux du pied. Tuberculisation pulmonaire consécutive (*Soc. Derm.*, 18 mars 1899).

DENEKE. — *Deuts. Med. Woch*, n° 13, 1890.

DEUTSCH. — *Thèse Paris*, 1930.

DIETL. — Un cas de tuberculose cutanée (*Monatsch. für Kinderh.*, octobre 1921, Bd XXV, p. 27).

W. DUBREUILH et AUCHÉ. — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe (*Arch. de Méd.*, exp. 1890, p. 601).

ELSENBERG. — Inoculation der Tuberculose einem Kinde (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 35, 1886).

FEDDER. — *Monatschr. für Kinderh.*, t. XXXVIII, fasc. 6, 1926.

FERNBACH. — *Monatschr. für Kinderh.*, t. XXXVIII, fasc. 5, avril 1928, p. 469.

P. GARNIER. — Pratique médicale française (septembre 1930).

J. HALLÉ et P. GARNIER. — Bulletin Soc. de Pédiatrie, 29 avril 1930.

HANOT. — Etude de la tuberculose cutanée (*Arch. de physiologie*, t. II, 1886).

HOFMOLD. — Ein fall von tuberkulosen geschwür nach der zirkumzision (*Wiener Med. Presse*, 1886, p. 714).

HOLT. — Tuberculosis acquired through ritual circumcision (*Journ. of The Amer. Med. Assoc.*, Bd LXI, 1913, p. 99).

JEANSELME. — De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuse consécutives aux plaies par morsures (Recherches expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1892).

KUKER. — *Monatschrift für Kinderh.*, t. LXXXVIII, fascicule 4, avril 1928.

KÜSS. — *Thèse Paris*, 1898.

LEHMANN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 186, p. 144.

A. LEMIERRE et LÉON KINDBERG. — Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte consécutive à une inoculation directe (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 4 avril 1924).

LESNÉ. — Bull. Société de Pédiatrie, juin 1930.

LUTZ. — Die Hauttuberkulose im Kindesalter (*Arch. für Kinderh.*, Bd. LXX, 1921).

MILIAN et DELARUE. — Chancre tuberculeux chez un nourrisson (*Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil.*, 1927, p. 398).

OUMANSKY. — Thèse, 1930.

PÉHU et A. DUFOUR. — Tuberculose médicale de l'enfance (G. Doin et Cie, 1927).

PÉLISSIER et VALTIS. — Un cas d'infection tuberculeuse humaine à porte d'entrée oculaire (*Revue de la tuberculose*, t. X, p. 118).

PODOVISSOTZKAJA et LINNIKOWA. — De la capacité de résistance de la peau au point de vue expérimental contre le bacille tuberculeux (*Zeitschr. f. tuberk.*, t. LII, fasc. 6. 1929, p. 474-483).

QUEYRAT et LAROCHE. — Tuberculose ulcéreuse du pouce prise pour un chancre syphilitique (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1908, p. 860).

REUBER. — Arch. of. Pédiatries, mars 1926.

RIBADEAU-DUMAS. — Traité de Pathologie médicale, t. XVII, p. 120-121.

RIST et CHAILLOUS. — Un cas de tuberculose primitive de la conjonctive (*Revue de la tuberculose*, 1923, p. 173).

RITZO. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée (*Thèse Paris*, 1887).

SCHICK. — Tuberculose nach zircumzision (*Berl. Klin. Woch.*, 1918, p. 45).

SEVESTRE. — Deux cas de tuberculose cutanée chez les enfants (*Soc. de Dermat.*, 11 avril 1890).

STOKES. — Primare Inoculation tuberculosis of the skin with metastasis to regional lymph nodes (*The american Journal of the medical Sciences*, mai 1925, p. 722).

VERCHÈRE. — Des portes d'entrées de la tuberculose (*Thèse Paris*, 1887).

VERCHÈRE. — Morsure par un sujet tuberculeux. Etude expérimentale et clinique sur la tuberculose, 1889).

WALHLGREN. — Ein fall von primärer tuberkulöser Infec-

tion des Haut im Anschluss an ein Trauma (*Acta Paediatrica*, vol IX, fasc, 1, 2, 30 octobre 1929).

E. WOLFF. — Über zircumzicion tuberkulose (*Bern. Klin. Woch*, n° 52, 26 décembre 1921).

ZARUBIN. — Contribution à la tuberculose consécutive à la circoncision rituelle (*Dermatol. Wochenschrift*, n° 27, 6 juillet 1929).

1931. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC
